

ОСОБЕННОСТИ ЭПИДЕМИЧЕСКОЙ СИТУАЦИИ ПО ВНЕЛЕГОЧНОМУ ТУБЕРКУЛЕЗУ В СИБИРИ И НА ДАЛЬНЕМ ВОСТОКЕ

БРИЖАТЮК Е. В.¹, КУЛЬЧАВЕНЯ Е. В.^{1,2}

SPECIFICS OF EPIDEMIOLOGICAL SITUATION REGARDING EXTRAPULMONARY TUBERCULOSIS IN SIBERIA AND FAR EAST

BRIZHATYUK E. V.¹, KULCHAVENYA E. V.^{1,2}

ФГБУ «Новосибирский НИИ туберкулеза» МЗ РФ, г. Новосибирск
ГБОУ ВПО «Новосибирский государственный медицинский университет» МЗ РФ, г. Новосибирск

Novosibirsk Tuberculosis Research Institute, Novosibirsk, RF
Novosibirsk State Medical University, Novosibirsk, RF

Внутри Российской Федерации (РФ) эпидемическая ситуация по туберкулезу неоднородна. Сибирь и Дальний Восток традиционно являлись неблагополучными регионами.

Проведен анализ статистических отчетов 21 субъекта Сибирского (СФО) и Дальневосточного (ДФО) федеральных округов, входящих в зону курации ФГБУ «Новосибирский НИИ туберкулеза» Минздрава России. Заболеваемость туберкулезом в этих регионах существенно превышает общероссийский показатель. Однако в последние

годы как в целом по России, так и в СФО и ДФО прослеживается отчетливая тенденция к снижению заболеваемости туберкулезом (рис. 1).

Ведущей внелегочной локализацией туберкулеза как в РФ, так и в регионах СФО и ДФО долгие годы оставался туберкулез мочеполовой системы. Однако с 2003 г. наблюдается снижение доли мочеполовой локализации в общей структуре заболеваемости внелегочным туберкулезом. В 2011 г. туберкулез костей и суставов занял лидирующее место и удерживает его в настоящее время (рис. 2).

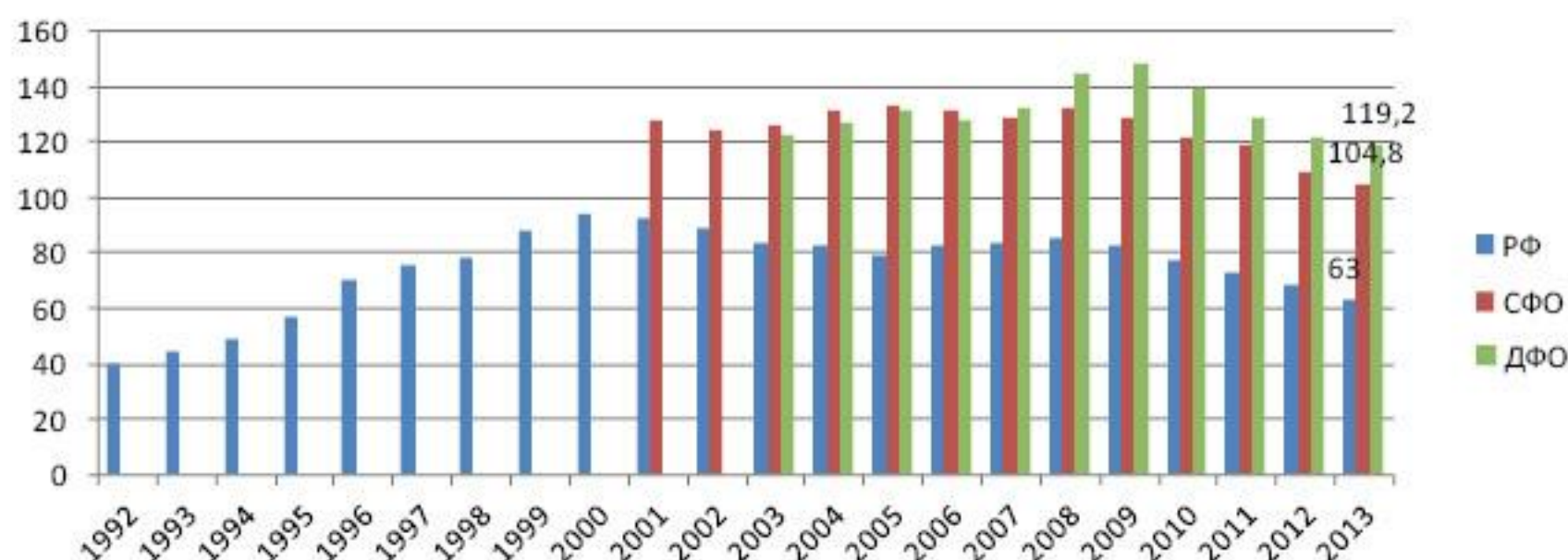


Рис. 1. Динамика заболеваемости туберкулезом в РФ, СФО и ДФО

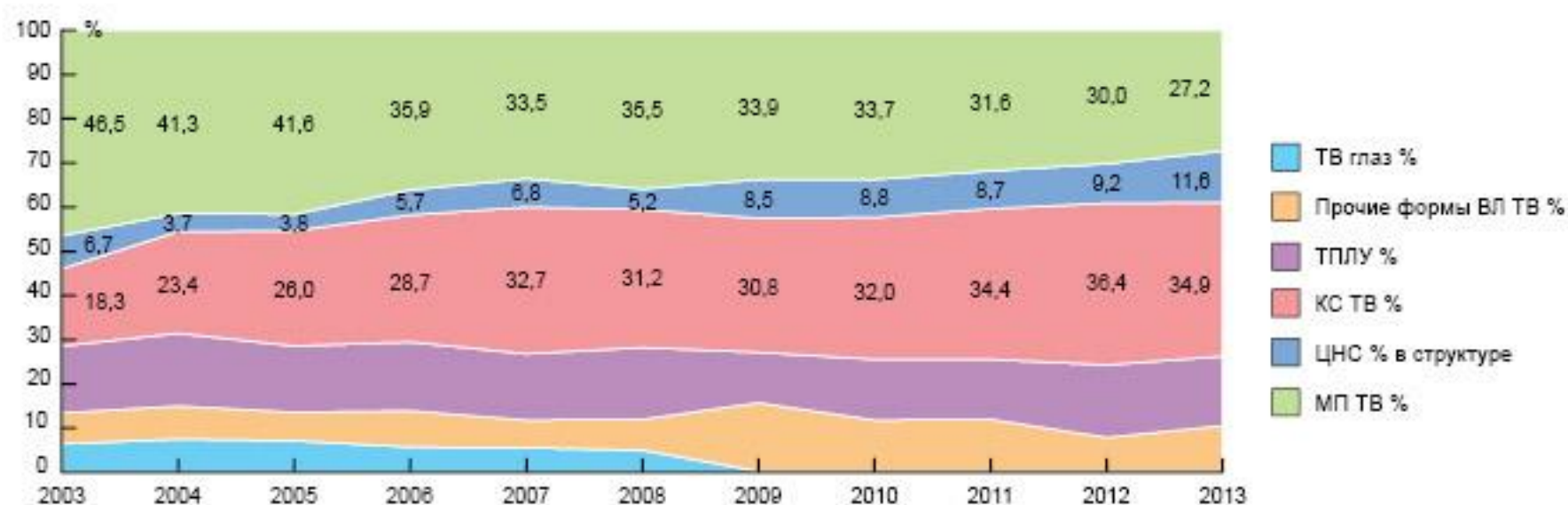


Рис. 2. Структура заболеваемости внелегочным туберкулезом в СФО и ДФО в динамике

В последние годы отмечаются утяжеление структуры впервые выявленных больных, рост числа генерализованных и полиорганных процессов. В 2013 г. в СФО и ДФО зарегистрировано 404 пациента с сочетанным (сочетание поражений двух органных систем) или генерализованным (поражение трех и более органных систем) туберкулезом. Из них зарегистрированы как туберкулез органов дыхания 79%. В общей официальной статистике не отражены внелегочные поражения при генерализованном туберкулезе, что также может влиять на динамику учитываемой заболеваемости.

Отсутствие подготовленных специалистов и профильных коек является фактором, ассоциированным с низким показателем заболеваемости. Вместе с тем по СФО в целом с 2007 по 2012 г. существенного сокращения коечного фонда для больных внелегочным туберкулезом не было. Исключением является Новосибирская область, где с 2007 по 2008 г. сократили 25 урологических, 10 абдоминальных и 15 глазных коек, что составило 28,6% от их исходного числа. Ранее Новосибирская область лишилась всех гинекологических коек в связи с закрытием специализированного родильного дома. В ДФО с 2007 по 2012 г. существенно сократились коечный фонд и стационарные врачебные ставки в Приморском крае, Амурской, Магаданской областях и Хабаровском крае.

В СФО сокращение врачебных ставок в стационаре чаще всего не компенсировалось увеличением

ставок на амбулаторном приеме. В ДФО отмечена некоторая положительная динамика в виде добавления неполных ставок для отдельных специалистов на амбулаторном приеме. Исключением является Магаданская область, где и на амбулаторном приеме, так же как и в стационаре, число ставок уменьшилось с 4,5 до 1,0 ставки за счет уролога, остеолога, уменьшения ставок гинеколога, окулиста и пр.

Таким образом, нельзя утверждать, что снижение заболеваемости туберкулезом мочеполовой системы, наблюдаемое в последние годы, является истинным. Есть все основания полагать, что мы не выявляем своевременно всех больных с этой патологией.

Лидирующим регионом по заболеваемости туберкулезом внелегочных локализаций многие годы является Республика Тыва, где этот показатель достигает 14,2 на 100 тыс. населения. Ведущей внелегочной локализацией в данном регионе является туберкулез периферических лимфоузлов. Второе место со значительным отрывом от лидера держит Иркутская область – 5,7 на 100 тыс. населения. В остальных регионах заболеваемость внелегочными формами туберкулеза колеблется от 0,7 (Сахалинская область) до 4,2 (Еврейский автономный округ), что часто связано либо с отсутствием специалистов и условий для адекватной диагностики заболевания, либо с малочисленностью населения, когда выявление 1-2 пациентов существенно повышает показатель заболеваемости.

БАКТЕРИОСТАТИЧЕСКАЯ АКТИВНОСТЬ КРОВИ БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ С МНОЖЕСТВЕННОЙ ЛЕКАРСТВЕННОЙ УСТОЙЧИВОСТЬЮ ВОЗБУДИТЕЛЯ И ЕЕ КЛИНИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ

ВАЛИЕВ Р. Ш., ВАЛИЕВ Н. Р.

BACTERIOSTATIC BLOOD ACTIVITY IN TUBERCULOSIS PATIENTS WITH MULTIPLE DRUG RESISTANCE AND ITS CLINICAL VALUE

VALIEV R. SH., VALIEV N. R.

ГБОУ ДПО «Казанская государственная медицинская академия» МЗ РФ, г. Казань

Kazan State Medical Academy, Kazan, RF

Распространение лекарственно-устойчивых штаммов возбудителя туберкулеза требует индивидуального подбора антибактериальных препаратов (АБП) и контроля эффективности назначенных схем химиотерапии (ХТ).

Цель: определение возможности использования показателей бактериостатической активности крови (БАК) для оценки эффективности ХТ и правильности коррекции схемы лечения при наличии мно-

жественной лекарственной устойчивости (МЛУ), возбудителя туберкулеза (МБТ).

Материалы и методы. Использована методика определения БАК на плотной питательной среде методом серийных разведений крови больного. Задержку роста в разведениях 1 : 2, 1 : 4 расценивали как низкую активность, 1 : 8, 1 : 16 – как среднюю, 1 : 32 и выше – как высокую. Проведено исследование БАК у 80 больных туберкулезом легких в воз-